

مشخصات فردی دستیاری
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

اطلاعات شناسنامه ای:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: جنس:.....
وضعیت تاهل: مجرد متاهل شماره ملی: شماره شناسنامه:
تاریخ تولد: روز..... ماه..... سال..... محل صدور شناسنامه: استان محل تولد:
شهر محل تولد: تعداد فرزندان: وضعیت نظام وظیفه: ملیت:
شماره نظام پزشکی: دانشجوی: بومی غیر بومی وضعیت پروانه دائم: دارد ندارد

اطلاعات فعلی پذیرش دوره دستیاری:

دانشگاه پذیرفته شده: رشته قبولی: سهمیه ثبت نامی:
نوع تعهد خدمتی: محل تعهد: سال شروع دروه:
محل استخدام: نوع استخدام:

اطلاعات مربوط به تحصیلات مقاطع قبلی:

نام دانشگاه محل تحصیل قبلی: مقطع: تاریخ شروع به تحصیل:
نوع پذیرش: تاریخ فراغت از تحصیل: معدل کل: وضعیت انجام طرح:

نشانی پستی و شماره تماس:

شماره همراه: شماره ثابت: کد شهرستان:
پست الکترونیک: نشانی پستی:

* نام و نام خانوادگی همسر: * شغل و محل کار همسر:
* تلفن همسر: * تلفن محل سکونت والدین:
* نشانی و محل سکونت والدین:
* شماره تماس اضطراری در صورت نیاز:

تاریخ و امضاء

اعلام آمادگی شروع دوره دستیاری و تعهد رفع نقص مدارک
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

نظر به اینکه اینجانب در مقطع رشته
دوره آزمون پذیرش دستیاری تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل **با سهمیه ثبت نامی**..... پذیرفته شده ام، ضمن
اطلاع کامل از مفاد دستور العمل های مربوطه بدینوسیله آمادگی خود را جهت شروع دوره دستیاری حداکثر تا تاریخ
/ / ۱۳ اعلام می دارم.

در ضمن چنانچه هر گونه نقص مدارک از نظر نظام وظیفه، تاریخ پایان دوره پزشکی عمومی، طرح نیروی انسانی، گواهی
بلامانع بودن ثبت نام و ادامه تحصیل (حکم ماموریت آموزشی)، مجوز ادامه تحصیل از صندوق رفاه دانشجویان، تعهد
محضری و غیره داشته باشم، متعهد می گردم در موعد مقرر طبق مقررات وزارت بهداشت نسبت به رفع آن و تحویل
گواهی مربوط اقدام نمایم در غیر این صورت آن واحدمجاز خواهد بود طبق مقررات جاری با اینجانب رفتار نماید و
چنانچه تا تاریخ / / ۱۳ به هر دلیل قادر به ارائه مدرک لازم ثبت نام نباشم و حداکثر تا تاریخ / / ۱۳ دوره
مربوطه را شروع ننمایم، موضوع پذیرش مشروط اینجانب منتفی می باشد.

نشانی محل کار:

نشانی محل سکونت:

نام و نام خانوادگی:

امضاء و تاریخ:

سابقه حضور داوطلبانه در جبهه :

| ردیف | تاریخ شروع | تاریخ خاتمه | نهاد یا ارگان اعزام کننده | محل خدمت |
|------|------------|-------------|---------------------------|----------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی :

| ردیف | نام محل | استان | شهر | تاریخ شروع و خاتمه | نوع فعالیت | ارتباط |
|------|---------|-------|-----|--------------------|------------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

وابستگی درجه یک به خانواده شهید مفقودالثر آزاده نام و نام خانوادگی ایشان

نسبت فامیلی شما با وی محل شهادت - اسارت - مفقود شدن زمان

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید درصد آنرا بنویسید:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید بله خیر

مشخصات ۳ نفر از افراد مورد اطمینان که شما را کاملاً می شناسند و هیچگونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند به ترتیب ذکر نمایید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | شغل | مدت آشنایی | نحوه آشنایی | تلفن و آدرس |
|------|--------------------|-----|------------|-------------|-------------|
| ۱ | | | | | |
| ۲ | | | | | |
| ۳ | | | | | |

نام ۳ نفر از اساتید دانشگاه محل تحصیل که شما را می شناسند ذکر نمایید.

| ردیف | نام و نام خانوادگی | رشته تحصیلی | دانشکده یا بیمارستان | گروه آموزشی |
|------|--------------------|-------------|----------------------|-------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |
| ۳ | | | | |

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود :

| | استان | شهر | آدرس پستی | تاریخ شروع و خاتمه اقامت | تلفن و آدرس |
|------|-------|-----|-----------|--------------------------|-------------|
| فعلی | | | | | |
| قبلی | | | | | |

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت در دانشگاه پس از بازگشایی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی

| ردیف | نوع سابقه | تاریخ وقوع | نوع حکم | محل صدور حکم |
|------|-----------|------------|---------|--------------|
| ۱ | | | | |
| ۲ | | | | |

چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید

شماره تلفن ضروری جهت تماس همراه E-MAIL:

اینجانب داوطلب شرکت در آزمون دستیاری سال دانشگاه علوم پزشکی بابل این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون نخواهم داشت.

امضاء

فرم شماره ۴

بسمه تعالی

معاونت دانشجویی و فرهنگی

دانشگاه علوم پزشکی بابل

واحد امور دانشجویی

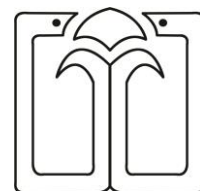
پرسشنامه اجتماعی دانشجویان

با سلام و تبریک قبولی در این دانشگاه، لطفاً جهت بهره مندی از انواع تسهیلات (وامهای دانشجویی، تغذیه و بیمه حوادث دانشجویی) نسبت به تکمیل کامل و دقیق اطلاعات زیر اقدام فرمائید.

- ۱- نام: نام خانوادگی: (با ذکر پسوند) نام پدر: جنسیت:
- شماره شناسنامه: کد ملی: سری سریال شناسنامه تاریخ تولد: / / ۱۳
- محل صدور: سهمیه قبولی (منطقه): سهمیه ثبت نامی (شاهد، ایثارگر، آزاد و ...)
- ۲- رشته قبولی (تحصیلی): نام دانشکده شماره دانشجویی:
- شروع تحصیل: نیمسال اول نیمسال دوم
- مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد تخصص فوق تخصص
- نام مقطع قبلی نام دانشگاه :
- ۳- وضعیت تاهل : مجرد متاهل
- (در صورت متاهل بودن کپی شناسنامه صفحه اول و دوم و کپی کارت ملی همسر ضمیمه شود).
- ۴- شغل پدر : کارمند کشاورز کارگر بازنشسته شغل آزاد فوت شده
- ۵- وضعیت خاص فرد دانشجو: فرزند شهید اسیر یا مفقود الاثر جانباز درصد جانبازی
- ۶- آدرس محل سکونت: استان : شهر: خ اصلی : خ فرعی : کوچه:
- پلاک:
- تلفن منزل : تلفن همراه (موبایل): کدپستی:
- ۷- یک برگ فتوکپی شناسنامه صفحه اول و دوم، کارت ملی و دو قطعه عکس ضمیمه شود.
- ۸- چنانچه در مقطع قبلی در دانشگاه آزاد یا دانشکده‌های مرتبط به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری فارغ التحصیل شده اید. تحویل یک برگ کپی مدرک تحصیلی ضمیمه شود.
- *تذکر: تکمیل فرم مذکور و تحویل آن به واحد امور دانشجویی الزامی می باشد.

امور دانشجویی دانشگاه

امضاء دانشجو



بسمه تعالی
فرم تعهد مضمولین

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بابل

اینجانب پذیرفته شده ----- دوره
آزمون پذیرش دستیار تخصصی پزشکی، تعهد می نمایم
دفترچه آماده به خدمت بدون مهر غیبت و با تاریخ معتبر را
در اسرع وقت به این امور مضمولین تحویل نمایم در غیر این
صورت عواقب ناشی از آن به عهده خودم خواهد بود.

نام و نام خانوادگی:

رشته قبولی:

تاریخ:

امضاء:



دانشگاه علوم پزشکی
خدمات بهداشتی درمانی بابل
معاونت آموزشی

بسمه تعالی

**فرم تعهد نامه عدم اشتغال به کار
(مخصوص افرادی که هیچگونه اشتغالی ندارند)**

اینجانب به شماره دستگیری پذیرفته
شده در دوره آزمون پذیرش دستگیری رشته تخصصی
..... دانشگاه علوم پزشکی بابل اعلام می نمایم که در زمان ثبت نام و در
طول تحصیل در این دانشگاه در هیچ سازمان یا موسسه ای بصورت رسمی یا پیمانی
مشغول بکار نمی باشم و در صورت خلاف این ادعا دانشگاه می تواند از ادامه تحصیل
اینجانب جلوگیری بعمل آورد و حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی.....

امضاء دانشجو.....

تاریخ.....

فرم شماره ۷



تاریخ تکمیل فرم امضاء

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی

خدمات بهداشتی درمانی بابل

معاونت آموزشی

فرم تعهد نامه ارائه مرخصی بدون حقوق / ماموریت آموزشی

(مخصوص افرادی که در یکی از دانشگاهها یا ادارات دولتی مشغول بکار می باشند)

اینجانب به شماره دانشجویی

پذیرفته شده در نیمسال اول دوم سال تحصیلی ۱۳ - ۱۳ در مقطع کارشناسی

ارشد رشته دانشگاه علوم پزشکی بابل تعهد می نمایم که با توجه به

اشتغال بصورت رسمی ، پیمانی در سازمان / موسسه حداکثر

تا پایان ترم اول نسبت به ارائه موافقت بدون قید و شرط محل کار خود را جهت ادامه

تحصیل از بالاترین مقام مسئول سازمان مذکور ارائه نمایم در غیر اینصورت دانشگاه می

تواند از ادامه تحصیل اینجانب جلوگیری بعمل آورد.

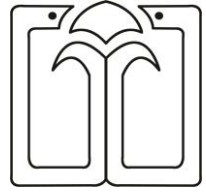
نام و نام خانوادگی

امضاء دانشجو

تاریخ

فرم شماره ۸

بسمه تعالی
فرم تعهد دانشجویان سال آخر



دانشگاه علوم پزشکی
وخدمات بهداشتی، درمانی بابل

اینجانب پذیرفته شده
..... دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی
پزشکی، و متعهد می گردم تا تاریخ ۱۳۹۵/۶/۳۱ فارغ التحصیل شوم
و در غیر این صورت، نسبت به کان لم یکن نمودن ثبت نام از طرف
دانشگاه، حق هر گونه اعتراض را از خود سلب نمایم.

نام و نام خانوادگی :

رشته قبولی :

تاریخ :

امضا: